



مقایسه آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی و شناختی درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فاجعه‌سازی درد بیماران زن مبتلا به میگرن شهر اصفهان

دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران
دانشیار گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران
استادیار نوروفیزیولوژی، گروه علوم پایه پزشکی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران
گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

علی صادقی ^{id}
احمد غضنفری* ^{id}
شهرام مشهدی زاده ^{id}
طیبه شریفی ^{id}

aghazan5@yahoo.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۲۱

دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۱۴

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰
<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۵ پیاپی ۱۴ | ۵۲۷-۵۱۱
زمستان ۱۴۰۱

(مجموعه مقالات حوزه زنان)

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(صادقی، غضنفری، مشهدی‌زاده و شریفی،
۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

صادقی، علی، غضنفری، احمدی، مشهدی
زاده، شهرام، و شریفی، طیبه. (۱۴۰۱). مقایسه
آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی و
شناختی درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فاجعه
سازی درد بیماران زن مبتلا به میگرن شهر
اصفهان. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳(۵)
پیاپی ۱۴: ۵۲۷-۵۱۱.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی اثر بخشی آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فاجعه‌پنداری درد بیماران مبتلا به میگرن شهر اصفهان صورت گرفت. **روش پژوهش:** طرح این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به میگرن شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از بیماران زن مبتلا به میگرن بود که به روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. گروه‌های آزمایش تحت ۱۴ جلسه‌ی آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی براساس بسته آموزشی آبابی و همکاران (۱۳۹۴) و گروه آزمایش دوم نیز تحت ۸ جلسه آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی براساس بسته درمانی تیزدل و همکاران (۲۰۰۰) قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌ی فاجعه‌پنداری درد سالیوان و همکاران (۱۹۹۵) بوده است. داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس مکرر مورد تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی و شناختی درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فاجعه‌سازی درد ($F=43/10, P<0/001$) بیماران زن مبتلا به میگرن شهر اصفهان تاثیر معناداری داشتند. ضمن اینکه روش آموزش ذهن آگاهی نقش موثرتری در بهبود فاجعه‌پنداری بیماران مبتلا به میگرن داشته است ($P=0/001$). **نتیجه‌گیری:** بهره‌گیری از درمان‌های روان‌شناختی در کنار درمان‌های زیستی برای بیماران مبتلا به میگرن می‌تواند عاملی موثر در بهبود شرایط روانی و کسب نتایج بهتری از فرایند درمان گردد.

کلیدواژه‌ها: آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، فاجعه‌پنداری درد، میگرن.

مقدمه

امروزه آدمی را یک واحد جسمانی- روانی- اجتماعی می‌دانند که اثرات مداوم و متقابلی بر روی هم دارند. پیوستگی و یکپارچگی روان و تن و اثرات متقابل آن برهم، رشته جدیدی در پزشکی به نام سایکوسوماتیک^۱ ایجاد است، عوامل استرس‌زا ممکن است به پاسخ‌های روانی متعدد مانند اضطراب، افسردگی، ناامیدی، بی‌قراری و احساس ناتوانی عمومی در سازش یافتگی با جهان منجر شوند (بل، آدری، گونل و کمپبل، ۲۰۱۹). سردردها یکی از شایع‌ترین نوع شکایت‌های ناشی از درد در جهان هستند. هرچند انواع مختلف سردردها شناسایی شده‌اند، شایع‌ترین آنها عبارتند از: میگرن^۲ و سردرد تنشی^۳ (ژی، وی، ربیننگ، میانگان، فانگ و همکاران، ۲۰۲۰). به اعتقاد آنتوناچی، نابی، گالی، مانزونی، کالابرسی و کاستا (۲۰۱۱)، شایع‌ترین نوع سردرد میگرن بوده و سردردی معمولاً یک‌طرفه و با کیفیتی ضربان‌دار است. اغلب با تهوع، استفراغ، صوت‌هراسی، نورهراسی و بی‌حالی همراه می‌باشد؛ و خلق، اشتها و یا شناخت فرد را تحت‌تاثیر قرار می‌دهند، همچنین اوزاء بینایی یا سایر اوراهای نورولوژیک در ۱۵ تا ۲۰ درصد بیماران دیده می‌شوند.

رافیک، آل‌عسوم، لطیف، السنی، سالم و همکاران (۲۰۲۰)، در پژوهش خود دریافتند بین ۵۰ تا ۷۰ درصد آزمودنی‌ها همبستگی قابل توجه و معناداری بین استرس روزانه و فعالیت میگرن روزانه خود نشان دادند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که استرس و سردرد میگرنی متقابلاً با یکدیگر مرتبط هستند. در این میان شناخت جنبه‌های روانشناختی و هیجانی هر فرد از جمله فاجعه‌سازی درد^۴ در روند درمان بیماری‌های روان‌تنی ناشی از وقایع استرس‌زا حائز اهمیت است. در مطالعه‌ای که توسط وود، ژانگ، بکر، زلوموزیکا و مارگراف (۲۰۱۵) انجام شد نتایج حاصل آن بود که فاجعه‌سازی از سوء تعبیرهای نشانه‌های فیزیکی می‌تواند به واسطه تولید اضطراب منجر به تشدید بروز نشانه‌های روان‌تنی، از جمله دردهای روان‌تنی شود. باورهای فاجعه‌سازی درد، افکاری هستند که سبب تمرکز دائمی بر علائم بدنی و اجتناب از فعالیت می‌شوند که این اجتناب هم خود، درد و ناتوانی را در فرد تشدید می‌کند. همچنین بر اساس مدل‌ها و نظریات اخیر مانند نظریه ترس و اجتناب از درد و مدل زیستی اجتماعی- روان‌شناختی ادراک درد تنها پایه زیستی ندارد و بعد هیجانی درد اهمیت قابل توجهی در شدت ادراک درد ایفا می‌کند. هیجانات منفی مانند فاجعه‌سازی درد از طریق کاهش احساس خودکارآمدی شدت درد ادراک شده را افزایش می‌دهند. پیش‌برآورد کردن و فاجعه‌سازی درد توان مقابله با بیماری و مدیریت درد را کاهش می‌دهد؛ بنابراین علاوه بر اینکه کیفیت زندگی بیمار کاهش می‌یابد و آسیب‌پذیری وی در برابر درد افزایش پیدا می‌کند، فرایند درمان را نیز با دشواری مواجه می‌کند. باقری و سجادیان (۱۳۹۷) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر شدت علائم و فاجعه‌پنداری درد در دانشجویان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی انجام دادند. نتایج نشان داد درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش شدت علائم (جسمانی و

¹ Psychosomatic

³ Migraine

⁴ Tension Type Headache

⁴ Pain-catastrophizing

روان‌شناختی) و فاجعه‌پنداری درد (نشخوار فکری، بزرگنمایی و درماندگی) در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنادار داشت.

در راستای شناخت عوامل زمینه‌ساز و کاهش هزینه‌های درمانی و عوارض ناشی از مصرف داروهای زیستی، درمان‌های مکمل و البته موثر روان‌شناختی نیز یکی از اقدامات تخصصی مرتبط با درمان میگردن بوده که به صورت موفقیت‌آمیزی بار شخصی و اقتصادی را کاسته و به عنوان رویکردهایی جدی در سیاست بهداشتی کشورهای جهان مورد استقبال قرار گرفته‌اند (اکلستون، هرن و ویلیام، ۲۰۱۵). از نوآوری‌های روان‌شناختی، رویکردهای درمانی و آموزشی موسوم به موج سوم رفتار درمانی است، این رویکرد متنوع و در قالب‌های متعددی مورد تأیید قرار گرفته است. در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۱ بعنوان یکی از مهم‌ترین رویکردهای درمانی موج سوم است آموزش‌های ذهن آگاهی به آنان کمک می‌کند که اندیشه‌ها و احساسات‌شان را مشاهده کنند، بیماران را قادر به دیدن حرکات منفی و ژرف‌اندیشی می‌کند و به آنان اجازه می‌دهد که از الگوهای افکار منفی تمرکززدایی کنند. تعامل بین اضطراب اختصاصی و رفتار اجتنابی در بیماران به این مفهوم منجر می‌شود که اجتناب تجربه شده می‌تواند علت رنج دائمی باشد. بنابراین، در این الگو، ابتدا افزایش آگاهی شناختی مطرح می‌شود (یعنی توانایی درک دوباره از افکار و عواطف فردی و نگرستن به آنها به عنوان رویدادهای گذرا به جای این که آن افکار به عنوان واقعیت در نظر گرفته شود)، سپس این افزایش آگاهی به کاهش نشخوار که فرایند تکرار افکار منفی است منجر می‌گردد، در نتیجه فاجعه‌انگاری، نشخوار فکری و سایر نشانه‌ها از جمله استرس و مهارت‌های مقابله‌ای ناکارآمد و منفعلانه نیز کاهش می‌یابد. جلسات آموزشی کوتاه‌مدت تمرکز حواس، وضعیت عاطفی فرد را با تسهیل افزایش ذهن آگاهی حالت بهبود می‌بخشد. با این حال، آموزش ذهن آگاهی تحت تأثیر شخصیت فردی در مانجویان است. کسانی که سطوح بالاتری از ویژگی‌های ذهن آگاهی دارند ممکن است کمتر مضطرب، استرس کمتر و اعتماد به نفس بیشتری داشته باشند. آن‌ها همچنین ممکن است خود تنظیم‌کننده‌های مؤثرتری با نتایج سلامت روانی بهتر نسبت به افرادی با ویژگی‌های ذهن آگاهی نسبتاً پایین باشند (ما، ژائو، زو و یانگ، ۲۰۲۲).

نتایج مرتبط با آموزش ذهن آگاهی با ضرایب تأثیر متفاوت و البته راهبردهای متفاوت‌تر نیز بیانگر این نکته است که مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به بیماری مزمن بعضاً شدید و مداخلات ویژه‌تری را طلب می‌کند؛ در این راستا می‌توان به آموزش سرمایه روان‌شناختی^۲ اشاره کرد، که با تأکید بر ابعاد مثبت‌گرایی همچون امید، خوش‌بینی، تاب‌آوری و خودکارآمدی منجر به ارتقای ارزش سرمایه انسانی، دانش و مهارت‌های افراد و سرمایه اجتماعی و شبکه روابط میان آنها می‌شود، مدل مداخله لوتانز یک مدل آموزشی است که به منظور ارتقای سرمایه روان‌شناختی با تمرکز بر هر کدام از مولفه‌های امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی و استقامت تهی‌په‌ی شده است؛ به عنوان مثال در سازه امید با اسفاده از نظریه اسنایدر (کمپل، ۲۰۱۶) برنامه‌هایی به منظور آموزش هدف‌گزینی درست، مفید و قابل دستیابی ترتیب داده شده است. سپس چگونگی تعیین و بکارگیری گذرگاه‌های متعدد در تحقق اهداف مطرح می‌شود. در ارتباط با خوش‌بینی برنامه‌هایی به منظور تشخیص و تفکیک خوش‌بینی واقعی از خوش‌بینی غیرواقعی و افزایش

¹ mindfulness-based cognitive therapy (MBCT)

² Psychological capital (PsyCap)

سطح اسنادهای مثبت به عمل می‌آید (لوتانز، لوتانز و آوی، ۲۰۱۴). در خودکارآمدی از طریق برنامه‌هایی مانند بازخورد، تقویت مثبت و تقویت جانشینی زمینه مناسب جهت کسب تجربه موفق فراهم آمده و از طریق آموزش سرمشق‌گیری افزایش می‌یابد. همچنین اقداماتی جهت تقویت استقامت به ویژه از طریق آموزش سرسختی و تقویت باور به توانایی بر تاثیرگذاری نتایج رویدادها صورت می‌گیرد (دولوروسو و استواکوا، ۲۰۱۵). با این حال بررسی مبانی فوق نشان داده است که بیماران سایکوسوماتیک کمتر در کنار درمان‌های زیستی به درمان‌های روان‌شناختی نیز تن می‌دهند، و همین امر فرایمد درمان زیستی را نیز دچار مخاطره می‌نماید. بنابراین خلاء پژوهشی حاضر، عدم مقایسه دو روش درمانی روان‌شناختی و البته تمرکز بر گروه بیماران سایکوسوماتیک به اهمیت موضوع می‌افزاید. در این راستا هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی و شناختی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر فاجعه‌پنداری درد بیماران زن مبتلا به میگرن بود. پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سوالات زیر بود:

۱- آیا آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی و شناختی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر فاجعه‌پنداری درد بیماران زن مبتلا به میگرن در مرحله پس‌آزمون موثر بود؟

۲- آیا آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی و شناختی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر فاجعه‌پنداری درد بیماران زن مبتلا به میگرن در مرحله پیگیری پایدار بود؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف یک پژوهش کاربردی و از نظر جمع‌آوری داده‌ها این پژوهش نیمه آزمایشی بود. طرح نیمه‌آزمایشی پژوهش حاضر پیش‌آزمون، پس‌آزمون - پیگیری با گروه گواه شامل مراحل اجرایی زیر بود: ۱. انتخاب بصورت داوطلبانه از نمونه پژوهش، ۲. اجرای پیش‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها؛ ۳. جایگزین کردن تصادفی آزمودنی‌ها؛ ۴. اجرای متغیرهای مستقل (آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی و شناختی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی) روی گروه‌های آزمایش؛ ۵. اجرای پس‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها و ۶. اجرای پیگیری و جمع‌آوری داده‌ها. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به سردرد میگرنی مراجعه‌کننده به درمانگاه سایکوسوماتیک و مطب‌های متخصصین مغز و اعصاب در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بود که به تشخیص متخصصین مغز و اعصاب یا روانپزشکان، سردرد میگرنی تشخیص داده شدند. بنابراین در این راستا با دریافت مجوز فعالیت از سوی واحد آموزش دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد، اقدام به اخذ کد اخلاق نموده و با دریافت معرفی‌نامه از سوی دانشگاه برای مراکز درمانی و تخصصی بیماران مبتلا به میگرن، به مراکز مربوطه مراجعه شد که با توجه به حساسیت بیماران، تنها یک مرکز حاضر به همکاری شد، با هماهنگی مدیریت مراکز اقدام به برگزاری جلسه توجیهی برای بیماران به صورت انفرادی به دلیل حساسیت شرایط قرنطینه اجتماعی شد. در نهایت با توجه به حجم نمونه مورد تایید و لحاظ ملاک‌های ورود (سابقه سردرد طی حداقل ۶ ماه گذشته و جهت درمان بیش از یک نوبت به پزشک متخصص مراجعه کرده باشند و تحت درمان دارویی باشند، و حداقل طی یک ماه گذشته دو حمله سردرد میگرنی را تجربه کرده باشند؛ عدم وجود اختلال روانپریشی و سابقه بیماری‌های مغزی (مانند تومورهای مغزی و ...) براساس تشخیص روانپزشک و متخصص مغز و اعصاب، دامنه سنی ۲۵ الی ۴۰ سال، ایرانی‌الصل و بودن رضایت آگاهانه جهت شرکت در فرایند پژوهش) و خروج (دو جلسه غیبت در جلسات درمان، بروز اختلال

فرایند درمان زیستی) تعداد ۳۰ نفر از بیماران انتخاب و با احتساب احتمال ریزش به روش قرعه‌کشی در سه گروه هدف آموزش گروهی سرمایه‌های روانشناختی، شناختی درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه گواه گمارش شدند و افراد بصورت آنلاین در گروه‌های مجزا مورد آموزش قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش اول تحت آموزش ۸ جلسه‌ی نود دقیقه‌ای شناختی درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (جدول ۱)، شرکت‌کنندگان گروه آزمایش دوم تحت ۱۴ جلسه‌ی شصت دقیقه‌ای آموزش گروهی سرمایه‌های روانشناختی (جدول ۲) قرار گرفتند و شرکت‌کنندگان گروه کنترل هیچ نوع آموزشی را دریافت نکردند. در این پژوهش ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌های نمونه شامل سن، سطح تحصیلات و شغل ثبت و مفاد بیانیه هاینسکی رعایت شد. که از جمله آنها می‌توان به توضیح اهداف برای درمانجویان، کسب رضایت آگاهانه از واحدهای مورد مطالعه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن پاسخ ب سوالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صوت تمایل، اشاره کرد.

ابزار پژوهش

۱. **مقیاس فاجعه سازی درد**^۱: این مقیاس توسط سالیوان و همکاران در سال ۱۹۹۵ با هدف ارزیابی میزان افکار و رفتارهای فاجعه آمیز فرد ساخته شد. این پرسشنامه خود اجرایی بوده و از ۱۳ ماده تشکیل شده است و حداقل به ۶ کلاس سواد برای پاسخگویی نیاز دارد. این مقیاس برای ارزیابی ابعاد مختلف فاجعه سازی درباره درد و درک بهتر مکانیزم تاثیر فاجعه سازی بر تجربه درد، ساخته شده است. تحلیل عوامل نشان داده که این آزمون شامل سه زیر مقیاس نشخوار یا اندیشناکی، بزرگ نمایی یا اغراق آمیز کردن و درماندگی است. این سه مولفه افکار منفی با درد مرتبط را ارزیابی میکنند. از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود که یک عدد از ۰ (هیچ وقت) تا ۴ (همیشه) را برای توصیف فراوانی ۱۳ احساس و فکر متفاوت مرتبط با تجربه درد انتخاب کنند. نمرات پایین‌تر نشان دهنده‌ی فاجعه سازی کمتر بوده و با درد، ناتوانی و وضعیت استخدامی در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی مرتبط است. در پژوهشی که توسط مایر و همکاران در سال ۲۰۰۸ بر روی بیماران دارای دردهای اسکلتی-عضلانی انجام شد. میزان پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌ها به ترتیب برای نشخوار ۰/۸۸، بزرگ نمایی ۰/۶۷، درماندگی ۰/۸۹ و برای کل مقیاس آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد. همچنین پایایی بازآزمایی مقیاس فاجعه سازی درد در یک گروه نمونه ۱۰۰ نفری از بیماران مبتلا به بیماری‌های عضلانی-اسکلتی با فاصله زمانی ۲۱ روز، برای کل مقیاس $r = 0/80$ و برای زیر مقیاس‌ها بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۱ تأیید شد (مایر و همکاران، ۲۰۰۸). در ایران ضریب همبستگی این آزمون و فرم کوتاه آزمون افسردگی بک محاسبه شد و همبستگی مثبت و معنی داری (۰/۴۶) $r =$ بین نمره کل مقیاس فاجعه سازی درد و فرم کوتاه آزمون افسردگی بک به دست آمد (داوودی و همکاران، ۱۳۹۱).

۲. **درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی**: این پروتکل برای گروه ۱۸ نفره آزمایش به صورت هفتگی و گروهی در قالب آموزش آنلاین صورت گرفت. این پروتکل توسط تیزدل و همکاران (۲۰۰۰) مورد تایید قرار گرفته است.

¹ Beck Depression Inventory (BDI)

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	محتوا و تکلیف	تکلیف
۱	۱. معرفی شرکت‌کنندگان و شرح مختصری از ۸ جلسه. ۲. تکنیک خوردن کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مدیتیشن اسکن بدن.	تکلیف خانگی: حضور در لحظه و بسط دادن تکنیک خوردن کشمش به سایر فعالیتها.
۲	۱. انجام مدیتیشن اسکن بدن و بحث در مورد آن. ۲. بررسی تکالیف خانگی ۳. تفاوت بین افکار و احساسات. ۴. انجام مدیتیشن.	تکلیف: ذهن آگاهی یک رویداد خوشایند، انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن
۳	۱. تمرین دیدن و شنیدن. ۲. مدیتیشن نشسته. بحث در مورد تکالیف خانگی ۳. انجام یکی از تمرین‌های حرکات ذهن آگاهی	تکالیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن، تمرین ۳ دقیقه‌ای فضای تنفسی
۴	۱. مدیتیشن نشسته همراه با توجه به تنفس. ۲. بحث در مورد پاسخ‌های استرس و واکنش یک فرد به موقعیت‌های دشوار. ۳. تمرین قدم زدن ذهن آگاهانه.	تکالیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن آگاه و تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای (در یک رویداد ناخوشایند)
۵	۱. انجام مدیتیشن نشسته. ۲. ارائه و اجرای حرکات ذهن آگاه بدن.	تکالیف: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.
۶	۱. تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای. ۲. بحث در مورد تکالیف خانگی ۳. ارائه تمرینی با عنوان "خلق، فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه" ۴. پذیرش احساسات به عنوان احساس.	تکالیف: انتخاب ترکیبی از مدیتیشن‌ها که ترجیح شخصی باشد به علاوه انجام فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره
۷	۱. مدیتیشن چهار بعدی. ۲. تمرین جلسه: بهترین راه مراقبت از خودم چیست. ۳. آموزش پذیرش بدون قضاوت و داوری.	تکالیف: مدیتیشن، تمرین تنفسی سه دقیقه‌-ای در یک رویداد ناخوشایند، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره ی جدید.
۸	۱. اسکن بدن. ۲. تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای. ۳. بحث در مورد روش‌های کنار آمدن با موانع انجام مدیتیشن. ۴. مطرح شدن سؤالاتی در مورد کل جلسات	-

۳. آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی: این پروتکل برای گروه ۱۸ نفره آزمایش بصورت هفتگی و گروهی در قالب آموزش آنلاین صورت گرفت. این پروتکل توسط آبابی و همکاران (۱۳۹۴) مورد تایید قرار گرفته است.

جدول ۲. خلاصه جلسات آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی

جلسه	محتوا	تکلیف
۱	معرفی اعضا به یکدیگر- بیان انتظارات آنها در خصوص حضور آنها در جلسه بیان- اهداف برنامه توضیح در مورد روانشناسی مثبت نگار-تاثیر روانشناسی مثبت نگار در افزایش مقاومت سازی افراد-تبادل نظر در زمینه ی تاثیر سرمایه روانشناختی در کاهش رفتارهای منحرفانه	-
۲	توضیح و بررسی مجدد سرمایه‌های روانشناختی-توضیح در مورد خوشبینی به عنوان اولین مولفه سرمایه روانشناختی-دریافت تجربه‌های افراد از تجربه‌های مرتبط با دوره‌های بدبینی و خوشبینی-توضیح در	دادن تکلیف برای افزایش خوشبینی در طول هفته و برخورد در موقعیت‌های مختلف زندگی

مورد جلوه‌های خوشبینی-روشهای افزایش خوشبینی	
۳	تبادل تجربه‌های افراد در خصوص خوشبینی‌هایی که داشتند-تبادل تجربه‌های افراد در خصوص بدبینی‌هایی که در طول هفته و زندگی به سراغ آنها آماده است-آموزش روشهای افزایش خودگویی مثبت برای افزایش خوش بینی افراد
۴	بحث در مورد تجربه افراد از تمرین‌های خوشبینانه-بحث در مورد عوامل برانگیزانندهی خوشبینی و بدبینی افراد-تبادل نظر در مورد عوامل محافظت کننده و خطر ساز در مورد افزایش بدبینی و گرایش به رفتارهای انحرافی
۵	تبادل نظر در مورد تجربیات قبلی و بحث در خصوص دومین عامل سرمایه ی روانشناختی(امیدواری)
۶	بررسی تاثیر عامل ناامیدی در بروز رفتارهای انحرافی - روشهای افزایش امیدواری
۷	بررسی روشهای مقابله‌ای افراد برای حفظ امیدواری خود-فعالیت جمعی و مشترک برای ایجاد شعارهای امیدوار کننده در زندگی
۸	بررسی تجربه هی گذشته و معرفی سومین مولفه ی سرمایهی روانشناختی (تاب آوری)-تبادل تجربیات افراد در خصوص شرایط سخت زندگی و نحوه کنار آمدن با آنها
۹	بررسی ویژگیهای افراد تاب آور- تبادل تجربه‌های افراد در زمینه افزایش کنترل آنها در زندگی
۱۰	بررسی تجربه افراد در خصوص جلسات قبلی -بررسی شیوه‌های افزایش تعهد به اهداف زندگی
۱۱	بررسی ترس‌های افراد در مواجه شدن با مشکلات-بررسی شیوه‌های مناسب مقابل با شکست-
۱۲	بررسی تجربیات افراد از فعالیت‌های گذشته -معرفی چهارمین مولفه سرمایهی روانشناختی تحت عنوان خودکار آمدی
	تهیه کارتهای خوشبین و جملات مثبت برای حفظ خوشبینی
	شیوه‌های افزایش مقاومت افراد در مقابل هجوم افکار منفی و غلط در زمینه مشکلات
	بررسی برداشت افراد از امیدوار بودن-تبادل نظر در مورد عوامل ناامید کننده
	تمرین جمعی افراد برای تقویت روش‌های صحیح امیدوار شدن
	تکلیف‌دهی برای جمع آوری سخنان بزرگان برای افزایش امیدواری نسبت به زندگی و آینده
	بررسی شیوه‌های مقابل افراد برای مواجه شدن با ناکامی ها، جلوه‌های مختلف تاب آوری
	بررسی شیوه‌های رسیدن به اهداف زندگی
	معرفی مهم‌ترین تعهدات افراد در زندگی‌شان
	بررسی تجربه‌های افراد در کسب حمایت‌های اجتماعی برای مقابل با مشکلات
	بررسی ویژگیهای افراد خود کار آمد

۱۳	عملیاتی کردن رفتارهای خود کار آمد در زندگی شخصی و خانوادگی افراد - پیدا کردن ضعف‌ها و ناتوانیهای خود-	بررسی راه‌حلهایی برای مقابل با ناتوانی‌ها
۱۴	بررسی تجربه‌های گذاشته افراد در خصوص رفع ضعف‌ها - تعریف نقاط مثبت خود-افزایش نقاط مثبت خود با همکاری یکدیگر در گروه-	پیدا کردن زمینه‌های مثبت در زندگی خانوادگی خود

روش اجرا

پس از طی مراحل اجرایی پژوهش و انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه در بالا ذکر شد)، درمانجویان انتخاب شده (۵۶ درمانجو) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (هر گروه ۱۸ درمانجو). در ضمن جلسات به صورت آنلاین اجرا گردید. قبل از شروع مداخله، از افراد شرکت‌کننده فرم رضایت شرکت آگاهانه و آزادانه در پژوهش به صورت کتبی اخذ گردید. قبل از اجرای مداخله یک جلسه‌ی توجیهی برای درمانجویان شرکت‌کننده در پژوهش به منظور ارائه توضیحاتی در خصوص پژوهش، اهداف و ضرورت آن و نحوه‌ی اجرای طرح برگزار گردید. همچنین به شرکت‌کنندگان در مورد محرمانه ماندن اطلاعات حاصل از پژوهش اطمینان داده شد. هرگونه انتشار داده‌ها یا اطلاعات بدست آمده از شرکت‌کنندگان در تحقیق و نتایج مطالعه براساس رضایت آگاهانه آن‌ها انجام گرفت و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه خواهد ماند و آنان در هر مرحله‌ای از پژوهش مختار به خروج از فرایند بوده و پس از تایید اثربخشی روش‌های آموزشی فوق گروه گواه نیز تحت آموزش قرار خواهد گرفت. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شایپرو - ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون ماچلی جهت بررسی پیش‌فرض کرویت داده‌ها و همچنین از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد از بین اعضای گروه‌های آزمایش و کنترل، ۲۹/۶ درصد افراد کمتر از ۲۵ سال سن داشته‌اند، ۳۸/۹ درصد ۲۶ تا ۳۰ ساله، ۱۸/۵ درصد ۳۱ تا ۳۵ ساله و ۱۳ درصد از اعضای نمونه بیشتر از ۳۶ سال سن داشته‌اند؛ ضمن اینکه از بین اعضای نمونه ۱۴/۸ درصد دارای تحصیلات در سطح دیپلم، ۲۴/۱ درصد از افراد دارای تحصیلات کاردانی، ۳۳/۳ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی کارشناسی و ۲۷/۸ درصد از افراد دارای تحصیلات عالی‌ه کارشناسی ارشد و یا دکتری بوده‌اند. در نهایت ۲۲/۲ درصد دارای شغل دولتی، ۲۹/۶ درصد دارای شغل آزاد، ۲۰/۴ درصد از افراد دانشجو و ۲۷/۸ درصد از اعضای نمونه خانه‌دار بوده‌اند.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نمرات افسردگی به تفکیک دو گروه و سه مرحله پژوهش

مقیاس	مراحل	سرمايه‌های روان‌شناختی	ذهن‌آگاهی	کنترل
-------	-------	------------------------	-----------	-------

میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
۲۷/۸۸	۲/۷۲	۲۶/۳۳	۲/۸۰	۲۷/۴۴	۳/۱۸	۲۷/۸۸	۲/۷۲
۲۴/۳۸	۲/۲۵	۲۰/۹۴	۱/۴۷	۳۰/۱۱	۲/۳۴	۲۴/۳۸	۲/۲۵
۲۴/۸۸	۲/۵۴	۲۱/۳۸	۱/۴۱	۳۱/۱۶	۲/۲۲	۲۴/۸۸	۲/۵۴

یافته‌های توصیفی جدول ۳ نشان می‌دهد که تغییرات میانگین دو گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری بیشتر بوده است. جهت بررسی تفاوت میانگین‌ها در سه مرحله به تحلیل واریانس مکرر پرداخته می‌شود، بنابراین رعایت برخی پیش‌فرض‌ها ضروری است؛ نتایج آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌ها در متغیرهای وابسته در دو گروه و سه مرحله بزرگتر از ۰/۰۵ است و همسانی واریانس در جامعه تأیید می‌شود. همچنین مقدار معناداری در آزمون اسمیرنوف-کلموگراف برای تمامی متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ است، بنابراین فرض نرمال بودن توزیع مولفه‌های مربوط در جامعه پذیرفته می‌شود ($P > 0.05$). یکی دیگر از پیش‌فرض‌های اساسی در تحلیل واریانس مکرر آزمون ماچلی است. اگر معنی‌داری در آزمون کرویت ماچلی بالاتر از ۰/۰۵ باشد به طور معمول از آزمون فرض کرویت و در صورت عدم تأیید از آزمون محافظه‌کارانه‌ای چون گرین هاوس - گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده می‌شود. نتایج این آزمون ماچلی نیز نشان داد که در سازه افسردگی بالاتر از ۰/۰۵ گزارش شده است. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در خصوص فاجعه‌پنداری درد در پیش

آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه کنترل و آزمایش

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	سطح f	سطح p	اندازه اثر	توان آزمون
مراحل	۱۲۱/۰۸۶	۱/۷۵۴	۶۴/۰۴۴	۲۹/۸۲۲	۰/۰۰۱	۰/۳۶۹	۱
گروه‌بندی	۱۱۵۹/۹۰۱	۲	۵۷۹/۹۵۱	۴۳/۱۰۳	۰/۰۰۱	۰/۶۲۸	۱
تعامل مراحل و گروه - بندی	۴۶۲/۵۰۶	۳/۵۰۸	۱۳۱/۸۶۲	۵۶/۹۵۵	۰/۰۰۱	۰/۶۹۱	۱

بر اساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۴، تفاوت بین میانگین نمرات فاجعه‌پنداری درد در سه مرحله از پژوهش معنی‌دار است ($P \leq 0.001$). همچنین میانگین نمرات این متغیر در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد ($P \leq 0.001$). علاوه بر این تعامل بین مراحل پژوهش و عضویت گروهی نیز معنی‌دار است ($P = 0.001$). بعبارت دیگر تفاوت بین نمرات فاجعه‌پنداری درد در سه مرحله از پژوهش در سه گروه معنی‌دار است. میزان این تفاوت در حدود ۰/۶۹۱ است. یعنی ۶۹ درصد از واریانس یا تفاوت‌های فردی به تفاوت‌های بین سه مرحله آزمون و عضویت گروهی مربوط است. جهت بررسی جهت تفاوت دو روش درمانی نتایج مقایسه‌های زوجی میانگین‌های سه مرحله پژوهش با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی برای متغیر افسردگی در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و

پیگیری در متغیرهای پژوهش

مقیاس	مرحله A	مرحله B	اختلاف میانگین (A-B)	خطای استاندارد	سطح معناداری
فاجعه‌پنداری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۰۷۴*	۰/۲۹۴	۰/۰۰۱
درد	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۴۰۷*	۰/۳۰۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۶۶۷*	۰/۲۱۷	۰/۰۱۰

نتایج مقایسه‌های زوجی تفاوت میانگین‌ها در سه مرحله‌آزمون در جدول ۵ نشان می‌دهد که در سازه فاجعه‌پنداری درد تفاوت دو مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($P=۰/۰۰۱$)، پیش‌آزمون با پیگیری ($P=۰/۰۰۱$) و پس‌آزمون با پیگیری ($P=۰/۰۰۱$) معنی‌دار به دست آمده است.

جدول ۶. بررسی تفاوت‌های دو به دو (آزمون تعقیبی بونفرنی) جهت مقایسه اثر گروه‌های آزمایش (آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی و آموزش ذهن‌آگاهی)

گروه‌ها	تفاوت میانگین ها	خطای انحراف معیار	سطح معناداری
سرمایه‌های روان‌شناختی - ذهن‌آگاهی	۲/۸۳۳*	۰/۶۹۸	۰/۰۰۱
سرمایه‌های روان‌شناختی - گواه	-۳/۸۵۲*	۰/۶۹۸	۰/۰۰۱
ذهن‌آگاهی - گواه	-۶/۶۸۵*	۰/۶۹۸	۰/۰۰۱

همانگونه نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین نمرات فاجعه‌پنداری درد گروه آزمایش سرمایه‌های روان‌شناختی با گروه آزمایش آموزش ذهن‌آگاهی معنادار بوده و این یافته بدین معنا است که بین میزان اثربخشی درمان گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی و ذهن‌آگاهی بر فاجعه‌پنداری درد بیماران مبتلا به میگرن تفاوت معنادار وجود دارد؛ همچنین تفاوت بین گروه‌های آزمایش آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی و آموزش ذهن‌آگاهی با گروه گواه در این مرحله معنادار بوده است. در یک جمع‌بندی می‌توان این‌گونه بیان کرد: آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی در مقایسه با درمان ذهن‌آگاهی تاثیر بیشتری بر کاهش فاجعه‌پنداری درد بیماران زن مبتلا به میگرن داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثر بخشی آموزش گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر فاجعه‌پنداری درد بیماران زن مبتلا به میگرن شهر اصفهان بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین گروه‌های هدف در میزان اثربخشی تفاوت معناداری وجود داشت، همچنین این تفاوت در مراحل آزمون نیز معنادار بوده است. که همسوی با یافته‌های پژوهشی شمس، حیدری و حسن‌زاده (۱۴۰۰)، نقیسی و همکاران (۱۳۹۹)، مظفری مطلق، نجات، تونزنده‌جانی و ثمری (۱۳۹۹) و رضایی نسب، برجلی و تقدیسی (۱۳۹۸) باقری و سجادیان (۱۳۹۷) بوده است.

در تبیین این یافته‌ی پژوهشی می‌تواند اذعان داشت که لوتانز، آویلو، آوی و نرومن (۲۰۰۷) اذعان داشتند که رویکرد سرمایه روان‌شناختی به جهت ترکیب چهار نیروی اصلی و اثرگذار امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری یک انرژی ترکیبی بالاتری را ایجاد می‌کنند. براین مبنا این عوامل تاثیر هم‌افزایی بر یکدیگر دارند. این عوامل در یک فرایند تعاملی و ارزشیابانه، به زندگی فرد معنا بخشیده، تلاش فرد برای تغییر موقعیت‌های فشارزا را تدام می‌بخشند، او را برای ورود به صحنه‌ی عمل آماده نموده و مقامت و سرسختی وی در تحقق اهداف را تضمین می‌کند (لوتانز و یوسف، ۲۰۱۷). پژوهشگرانی همچون بکر، لیونز و کانلن

(۲۰۱۷) معتقدند پایین بودن سطح سرمایه روان‌شناختی با افسردگی در ارتباط است؛ این در حالیست که ریشه بسیاری از مشکلات روانی و اجتماعی تنش، درماندگی (از متغیرهای فاجعه‌پنداری)، افسردگی، یاس و ناامیدی، احساس عجز، احساس تنهایی، کاهش تحمل اجتماعی و غیره در پایین بودن میزان سرمایه روان‌شناختی افراد، جوامع و ملت‌ها قرار دارد که با تقویت سرمایه‌ی روان‌شناختی می‌توان با این مشکل مبارزه کرد. چرا که آموزش سرمایه روان‌شناختی می‌تواند به عنوان ابزاری قدرتمند فرد را در برابر طوفان‌های زندگی مقاوم نماید. اصل مهم در مداخله مبتنی بر سرمایه روان‌شناختی این است که این مداخله تنها متکی بر کاهش مشکلات نبوده، بلکه به افراد کمک می‌کند تا بتوانند زندگی کامل‌تر، غنی‌تر و شادتری داشته باشند. در تایید این تبیین رضایی نسب، برجعلی و تقدیسی (۱۳۹۸) در پژوهشی تحت عنوان مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری و گروه درمانی مبتنی بر امید، بر ادراک درد بیماران مبتلا به MS نشان دادند که هم درمان CBT و هم درمان مبتنی بر امید بر کاهش ادراک درد بیماران دچار ام‌اس تأثیر معنی‌داری دارد. در واقع در رویکرد آموزشی سرمایه روان‌شناختی، فرد در عوض اخذ رویکرد هیجان‌مدار و البته ناامید از بهبودی، رویکردی مساله‌مدار را اخذ می‌کند و با افزایش سطح رفتارهای تاب‌آورانه به خودش، شرایط بیماری‌اش، فرایند درمان و افق و نمای دور بیماری‌اش خوش‌بین می‌شود. فرد در این شرایط بیماری و درد ناشی از آن را یک بخش الزامی و گریزناپذیر دانسته و می‌پذیرد که درد با مقاومت و پیگیری درمانی التیام می‌یابد. در این رویکرد فرد می‌آموزد خود نقشی مهم در تعیین سرنوشتش دارد و باید متناسب با شرایطی که دارد بهترین عملکرد را داشته باشد.

از سوی دیگر یافته‌های پژوهش نشان داد که سرمایه روان‌شناختی نیز نقشی موثر و برابر با درمان ذهن آگاهی بر اغراق‌آمیز کردن در بیماران مبتلا به میگرن دارد، در راستای این نتیجه نیز می‌توان اذعان داشت که بهره‌گیری از رویکردهای ناکارآمد از ویژگی‌های افراد دارای اضطراب سلامتی است، افراد مبتلا به میگرن نیز به دلیل نگرانی در حوزه سلامتی که نسبت به خودشان دارند، میزان اضطراب و عملکرد آنها نیز به شکلی می‌شود که بصورت مداوم درگیر افکار ناکارآمد و فاجعه‌پندارانه‌ای نسبت به این شرایط و بیماری‌شان پیدا کنند، و البته علت آن حرکت ذهن به سمت آینده و پیش‌بینی حوادثی است که احتمال به وقوع پیوستن آنها سبب نگرانی و پریشانی فرد در حوزه سلامتی می‌شود و این مسئله همچنان به افزایش اضطراب در آنان منجر می‌شود. در این میان، درمان مبتنی بر سرمایه روان‌شناختی بویژه تأکید بر امید است و یک عمل خود توانمندسازی است که آثار مثبتی همچون روشن‌اندیشی، متانت، صبر و سرسختی روانی در فرد ایجاد می‌کند و بر عواطف مثبت و روش‌های حل مسئله اثر می‌گذارد. در این زمینه، سرمایه روان‌شناختی با استفاده از فنونی نظیر پذیرش‌عاری از قضاوت وضعیت موجود و هشیار بودن نسبت به خویش به دلیل کشف اهداف فردی و تعیین گذرگاه‌های امیدبخشی در جریان آموزش البته متناسب با ویژگی‌های فردی؛ اضطراب کاهش یافته و فرد با ذهنی خالی از برداشت‌های منفی به استفاده از راهبردهایی سوق داده می‌شود که تسلط بر بافت واقعی زندگی را افزایش می‌دهد. درواقع این شیوه آموزشی از طریق تمرکز بر زمان حال و با توجه به اتفاقات مثبت کمک می‌کند تا بیماران مبتلا به میگرن، کمتر به افکار منفی توجه کرده و آن را در ذهن نشخوار کنند و از این طریق بر کنترل افکار ناکارآمد و اضطراب خود توانمندتر گردند و بیاموزند که هر مشکلی راه‌حلی دارد که باید متناسب با آن راه‌حل اقدامی ویژه را ترسیم و پیگیری کرد. ضمن اینکه در این روش به بیماران مبتلا به میگرن آموزش داده شد تا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به عنوان یک فکر

تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به‌جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند و حتی رویکردشان نسبت به بیماری و فعالیت‌های مرتبط با آن رخدادی طبیعی و امری عمومی محسوب شود که با هر کیفیتی قابل انجام است ولی می‌توان کیفیت موردنظر را آموخت و متناسب با ارزش‌هایی که از فعالیت‌های درمانی دارند مسیر خود را انتخاب کنند. بنابراین چرخه تفکر سفید و سیاه را متوقف کرده، باورهای مثبت و منفی غلط خود را اصلاح نموده و از افکار منفی خود فاصله می‌گیرند چراکه تبدیل به درمانجوی خودتنظیم شده‌اند.

در واقع آموزش مبتنی بر سرمایه روان‌شناختی با تاکید بر آموزش امید قابلیت‌های مثبت است که به فرد اجازه می‌دهد به جایگزین‌ها فکر کند و خود را با شرایط جدید محیط پیرامون سازگار کند که این همان انعطاف‌پذیری است که در افراد امیدوار وجود دارد و در صورت لزوم یا خود را با شرایط موجود وفق می‌دهند و یا شرایط را به نفع ارزش‌های والای خود تغییر می‌دهند. در واقع فرد امیدوار، شیوه فراشناختی پردازش را به کار می‌گیرد و انعطاف‌پذیری در پاسخ به شرایط ناامیدکننده را افزایش می‌دهد. انعطاف‌پذیری شناختی به ماهیت بیماری در محیط‌های پیچیده و بد ساختار تمرکز دارد و فرد انعطاف‌پذیر فردی است که می‌تواند در پاسخ به خواست‌های موقعیتی مختلف به‌راحتی دانش را مجدداً سازماندهی نموده و آن را به کار گیرد. لذا مراجعان با امیددرمانی می‌توانند از چهارچوب رفتارها و افکار فعلی خارج شده و با استفاده از تکنیک ایست و فضای تنفس یک دقیقه‌ای، گزینه‌های بیشتری را تجربه کنند و دور باطل همیشگی که از نتایج رفتارها و فکرهای خود می‌گرفتند را بشکنند که این خود موجب توقف افکار اغراق‌آمیز در افراد می‌شود (مارتینز و همکاران، ۲۰۱۸).

از سوی دیگر در تمرین‌های حضور ذهن با افزایش آگاهی افراد نسبت به لحظه حال، از طریق فنون مراقبه، توجه به تنفس، بدن و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون، بر کنترل بدن و به تبع آن کنترل ذهن و همین‌طور بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی و بهبود فاجعه‌آفرینی درد در بیماران مبتلا به میگرن اثر دارد. در واقع، مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث افزایش توانایی خودآگاهی و پذیرش خود در افراد مبتلا می‌شود. ذهن‌آگاهی یک روش یا فن نیست، بلکه بعنوان یک شیوه در دسترس برای کاهش تنش بدنی و افزایش هشیاری، بینش، خرد و همدری و در نتیجه بهزیستی ذهنی، افزایش سلامت روان و کاهش ادراکات مرتبط با درد توصیف می‌شود (کولی، وینسنت، چا، لوه‌رر، بائور و همکاران، ۲۰۱۰). هدف مطلوب برنامه ذهن‌آگاهی، پرورش آگاهی پایدار و غیرواکنشی در مورد تجربه‌های درونی (مانند شناختی، عاطفی و حسی) و تجربه‌های بیرونی فرد (مثل اجتماعی و محیطی) می‌باشد. در این روش فرد به جای سرکوب کردن و یا رد کردن افکار و احساسات دردناک و منفی خود، فقط آنها را مشاهده می‌کند و به آنها اجازه می‌دهد همانطوری که هستند، باشند. با توسعه‌ی توجه پایدار و آگاهی غیرقضوتی و غیرواکنشی، دامنه‌ی گسترده‌ای از عرصه‌های گوناگون از قبیل آرمیدگی جسمی، تعادل هیجانی، تنظیم رفتاری و تغییراتی در خودقضاوتی، خودآگاهی و ارتباط با دیگران، بطور بالقوه تحت‌تاثیر قرار خواهند گرفت. بهبود در هر یک از حوزه‌های کاربردی می‌تواند بطور بالقوه فشار روانی و فاجعه‌پنداری ناشی از علائم بیماری را کاهش دهد. کسب این مهارت‌های توجهی، فرد را قادر می‌سازد تا انجام واکنش‌های هیجانی یا قضاوتی و یا تحلیلی از روی عادت را نسبت به موضوع مورد توجه، قطع و یا محدود نماید و با آهی بیشتری به مسائل مرتبط با سلامتی‌اش

بیردازد (پارا-دلگادو، لاتوری-پستیگو، ۲۰۱۳). چرا که اینطور بنظر می‌رسد که تمایل به درگیر شدن در فرایندهای پردازشی خودکار بجای فرایندهای مبتنی بر آگاهی به همراه توجه بدون انعطاف و عدم آگاهی نسبت به لحظه کنونی باعث می‌شود که افراد بیش از پیش به درد فکر کرده و در مورد آن دست به نشخوار ذنی زده و در نتیجه شدت خطر ناشی از آن را بیشتر برآورد کنند. برمبنای تعریف موجود در رابطه با حضور ذهن به نظر می‌رسد که حالت بدون قضاوت و بدون ارزیابی موجود در حضور ذهن می‌تواند از آغاز شدن فرایندهای ارزیابی‌کننده شدت درد ممانعت کرده و یا کاهش الگوهای عادت‌گونه در مواجهه با تجربیات مختلف باعث کاهش شدت ادراک درد و فاجعه‌پنداری در آن می‌شود (ترکش دوز و ثناگوی محرر، ۱۳۹۸). در این راستا مظفری مطلق، نجات، تونزنده‌جانی و ثمری (۱۳۹۹) نیز در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی درمان شناختی- رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی بر کاهش دردهای سرطانی بیماران مبتلا به سرطان پستان تایید کردند که آموزش ذهن آگاهی بر ادراک درد بیماران و بهبود و تعدیل آن موثر است.

دستیابی به نتایج فوق با محدودیت‌هایی مواجه بوده است که بیان آنها می‌تواند راهگشای سایر پژوهشگران باشد، از جمله اینکه نمونه‌ی پژوهش حاضر داوطلبانه بوده و تعمیم نتایج به تمامی بیماران مبتلا به میگرن شهر اصفهان و سایر مناطق کشور باید با احتیاط صوت بگیرد. با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود که رویکرد ترکیبی از سرمایه روان‌شناختی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به درمانگرانی که مشغول به فعالیت در حوزه بیماران مبتلا به میگرن هستند آموزش داده شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود تأثیر سرمایه روان‌شناختی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سایر ابعاد و سازه‌های روان‌شناختی بیماران مورد بررسی قرار بگیرد.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. همچنین شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند.

سپاسگزاری

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نماید.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش یکسانی داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

ترکش دورش، شیرین و ثناگوی محرر، غلامرضا. (۱۳۹۹). اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر فاجعه‌پنداری و ادراک درد نوجوانان مبتلا به لوسمی. دوماهنامه علمی پژوهشی سلامت اجتماعی، ۶(۳)،

- رضایی نسب فرشته، برجعلی احمد، تقدیسی محمدحسین. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری و گروه درمانی مبتنی بر امید، بر ادراک درد بیماران مبتلا به ام‌اس. آموزش بهداشت و ارتقای سلامت. ۷ (۳): ۳۶۰-۳۷۲.
- شمس سوگل، حیدری شعبان، حسن‌زاده رمضان. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی و بهزیستی روانشناختی بر افسردگی و امید در مبتلایان به دیابت نوع دو. پژوهش پرستاری. ۱۶ (۱): ۳۹-۴۹. علمی منش. نیلا. (۱۳۹۷). اثربخشی مدل مداخله سرمایه روان‌شناختی بر اهمال‌کاری تحصیلی و اهمال‌کاری سازمانی. شناخت اجتماعی، ۷ (۲)، ۱۵۹-۱۷۲.
- مظفری مطلق محمدرسول، نجات حمید، توزنده جانی حسن، ثمری علی اکبر. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی بر کاهش دردهای سرطانی بیماران مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه علمی - پژوهشی بیماری‌های پستان ایران. ۱۳ (۱): ۳۵-۴۵.
- نقیبی ف، احدی ح، تاجری ب، صیرفی م (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم روان‌شناختی و درد بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور. تازه‌های علوم شناختی، ۲۲ (۲): ۴۵-۵۳.

References

- Antonaci, F., Nappi, G., Galli, F., Manzoni, G. C., Calabresi, P., & Costa, A. (2011). Migraine and psychiatric comorbidity: a review of clinical findings. *The journal of headache and pain*, 12(2), 115-125.
- Ahadi, F. N. H., & Seairafi, B. T. M. R. (2020). Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction training on psychological symptoms, pain in patients with thalassemia major. *Cognitive science news.*; 22 (2): 45-53. (Persian)
- Bell, S. L., Audrey, S., Gunnell, D., Cooper, A., & Campbell, R. (2019). The relationship between physical activity, mental wellbeing and symptoms of mental health disorder in adolescents: a cohort study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 16(1), 1-12.
- Campbell, J. T. (2016). "History Teaches Us to Hope: Integrating Hope Theory into Secondary Social Studies". *Studies in Teaching 2016 Research Digest*, 13.
- Colle KF, Vincent A, Cha SS, Loehrer LL, Bauer BA, Wahner-Roedler DL. (2010). Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2010;16(1):36-40.
- Dello Russo, S. & Stoykova, P. (2015). "Psychological capital intervention (PCI): A replication and extension". *Human Resource Development Quarterly*. 26(3), 329-347.
- Eccelston C, Hearn L, Williams AC. (2015). Psychological therapies for the management of chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 10. DOI: 10.1002/14651858.CD011259.pub2
- Elmimanesh, N. (2018). The Effectiveness of Psychological Capital Intervention Model (PCI) on the Academic and Organizational Procrastination. *Social Cognition*, 7(2), 159-172. (Persian)
- Luthans, B. C.; Luthans, K. W. & Avey, J. B. (2014). "Building the leaders of tomorrow: The development of academic psychological capital". *Journal of Leadership & Organizational Studies*. 21(2), 191-199.
- Luthans, F., & Youssef, C.M. (2017). Psychological capital: An evidence-based positive approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4, 339-366.

- Luthans, F., Avey, J. B., Avolio, B. J., Norman, S. M., & Combs, G. M. (2006). Psychological capital development: toward a micro-intervention. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 27(3), 387-393.
- Ma, J., Zhao, D., Xu, N., & Yang, J. (2022). The Effectiveness of Immersive Virtual Reality (VR) Based Mindfulness Training on Improvement Mental-Health in Adults: A Narrative Systematic Review. *Explore*.
- Mozafari-Motlagh, M. R., Nejat, H., Tozandehjani, H., & Samari, A. A. (2020). Effectiveness of Mindfulness-Integrated Cognitive-Behavioral Therapy in Breast Cancer Pain Management. *Iranian Quarterly Journal of Breast Disease*, 13(1), 35-45. (Persian)
- Parra-Delgado M, Latorre-Postigo JM.(2013). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of fibromyalgia: A randomised trial. *Cognitive therapy and research*.37(5):1015-26
- Rafique, N., Al-Asoom, L. I., Latif, R., Alsunni, A. A., Salem, A. M., Alkhalifa, Z. H., ... & Albaghli, L. A. (2020). Prevalence of migraine and its relationship with psychological stress and sleep quality in female university students in Saudi Arabia. *Journal of Pain Research*, 13, 2423.
- Rezaeinasab, F., Borjali, A., & Taghdisi, M. (2019). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy and hope-based group therapy on pain perception in patients with multiple sclerosis (MS). *Health education and health promotion*. 7 (3):360-372. (Persian)
- Shams, S., Heydari, S., & Hassanzadeh, R. (2021). Comparison the Effectiveness of Mindfulness and Psychological Well-being Education on Depression and Hope in Patients with Type 2 Diabetes. *Iranian Journal of Nursing Research*, 16(1), 39-49. (Persian)
- Tarkeshdooz, Sh., Sanagouye-Moharer, Gh. (2019). The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on Catastrophizing and Pain Perception among Adolescents with Leukemia. 6(3):305-313. (Persian)
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(4), 615.
- Woud, M. L., Zhang, X. C., Becker, E. S., Zlomuzica, A., & Margraf, J. (2016). Catastrophizing misinterpretations predict somatoform-related symptoms and new onsets of somatoform disorders. *Journal of psychosomatic research*, 81, 31-37.
- Xie, Wei, Ruibing Li, Mianwang He, Fang Cui, Tingting Sun, Jianmei Xiong, Dengfa Zhao, et al. "Prevalence and Risk Factors Associated with Headache Amongst Medical Staff in South China." *The Journal of Headache and Pain* 21, no. 1 (2020/01/14 2020): 5.

مقیاس فاجعه سازی درد

عبارات					ردیف
همه اوقات	زیاد	به طور متوسط	تأخیری	به هیچ وجه	
۱ من همیشه نگران این موضوع هستم که آیا این (درد) پایان خواهد یافت.					
۲ احساس می‌کنم که دیگر قادر به ادامه راه نیستم.					

-
- | | |
|----|---|
| ۳ | این (درد) وحشتناک است و فکر می‌کنم که هرگز بهتر نخواهد شد. |
| ۴ | این (درد) ترسناک است و احساس می‌کنم که بر من غلبه خواهد کرد. |
| ۵ | من احساس می‌کنم که دیگر نمی‌توانم درد را تحمل کنم. |
| ۶ | من از این می‌ترسم که درد بدتر از این شود. |
| ۷ | من فکرم را از رویدادهای دردناک دیگر دور نگه می‌دارم. |
| ۸ | من به طور نگران‌کننده‌ای می‌خواهم از درد دوری کنم. |
| ۹ | به نظر می‌رسد که من نمی‌توانم درد را از ذهنم دور کنم. |
| ۱۰ | من از فکر کردن در مورد اینکه درد تا چه حد آسیب‌زا خواهد بود اجتناب می‌کنم. |
| ۱۱ | من از فکر کردن در مورد اینکه اگر دردم را متوقف کنم، چقدر بد خواهد شد اجتناب می‌کنم. |
| ۱۲ | من برای کاهش شدت دردم هیچ کاری نمی‌توانم انجام دهم. |
| ۱۳ | من نسبت به اینکه چه چیز جدی ممکن است اتفاق افتد، شگفت زده می‌شوم. |
-

Comparison of psychological capital group training and mindfulness based cognitive therapy on pain catastrophizing in patients with migraine in Isfahan city

Ali. Sadeghi¹, Ahmad. Ghazanfari^{2*}, Shahram. Mashhadizadeh³ & Tayebeh. Sharifi⁴

Abstract

Aim: The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of group training of psychological capitals with cognitive therapy based on mindfulness on pain catastrophizing in migraine patients in Isfahan city. **Methods:** The design of this research was a quasi-experimental type of pre-test, post-test and follow-up with a control group. The statistical population of this research was made up of all patients suffering from migraine in Isfahan city in 2021. The research sample included 30 female patients with migraine who were selected by voluntary sampling and randomly assigned to three experimental and control groups. The experimental groups underwent 14 sessions of psychological capital training based on the training package of Abai et al. (2014) and the second experimental group underwent 8 sessions of cognitive therapy training based on mindfulness based on the treatment package of Teasdel et al. (2000). The research tool included the pain catastrophizing questionnaire of Sullivan et al. (1995). The data were analyzed using the statistical method of repeated analysis of variance. **Results:** The results showed that group training of psychological capital and cognitive therapy based on mindfulness had a significant effect on pain catastrophizing ($F=43.10, P<0.001$) of female migraine patients in Isfahan city. In addition, the mindfulness training method played a more effective role in improving the catastrophizing of migraine patients ($P=0.001$). **Conclusion:** Using psychological treatments along with biological treatments for migraine patients can be an effective factor in improving mental conditions and obtaining better results from the treatment process.

Keywords: group training of psychological capital, cognitive therapy based on mindfulness, pain catastrophizing, migraine.

1. PhD student in psychology, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

2. *Corresponding author: Associate Professor of Psychology Department, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran
Email: aghazan5@yahoo.com

3. Assistant Professor of Neurophysiology, Department of Basic Medical Sciences, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

4. Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran